



REGISTRO DEL PACIENTE

Ubicación de preferencia: Christiansburg Pearisburg Dublín Centro de salud escolar

Motivo principal para ponerse en contacto con nosotros: Médico Dental Salud conductual

Tratamiento por consumo de sustancias

Nombre:

Nombre de preferencia:

Nombre

Segundo nombre

Apellido

Si es menor de 18 años, nombre de los padres o tutores legales:

Dirección postal:

Ciudad/Estado/Código postal:

Dirección:

Ciudad/Estado/Código postal:

Teléfono principal:

Teléfono fijo Teléfono celular Teléfono del trabajo

Teléfono secundario:

Teléfono fijo Teléfono celular Teléfono del trabajo

Dirección de correo electrónico:

Método de contacto de preferencia: Teléfono fijo Teléfono celular Mensaje de texto Correo electrónico

Fecha de nacimiento:

Número de seguro social:

Como Centro de salud comunitario, tenemos la obligación de solicitar cierta información demográfica para garantizar que nuestros servicios disponibles satisfagan las necesidades de nuestra comunidad. La información demográfica se protegerá como parte de su información médica protegida.

Estado civil: Soltero Divorciado Casado

Viudo En pareja Legalmente separado

Situación laboral: Tiempo completo Tiempo parcial

Jubilado Trabajador independiente Sin empleo

En servicio militar activo Reservado para asignación nacional

Otro

¿Es usted un trabajador agrícola migrante? Sí No

¿Es usted un trabajador agrícola temporal? Sí No

¿Dispone de una vivienda permanente? Sí No Otro

Usted es: Ciudadano de los EE. UU.

Residente en los EE. UU. Otro

¿Es usted veterano de los Estados Unidos? Sí No

¿Cuál es su ingreso familiar anual?

¿Cuántas personas viven en su hogar?

Raza: Afroamericano/a Isleño del Pacífico Asiático

Nativo americano / Nativo de Alaska Nativo hawaiano

India asiático Guameño o Chamorro China Blanco

Samoano Filipino Japonés Coreano

Vietnamita Elige no revelar

Origen étnico: Hispano No Hispano Elige no revelar

Mexicano, México Americano, Chicano Puertorriqueño

Cubano Otro

¿Cuál es su lengua materna?

¿Necesita un intérprete? Sí No

Orientación sexual:

Heterosexual (no lesbiana ni gay) Lesbiana/Gay

Bisexual Otro

No sabe Opta por no revelar

¿Cuál es su identidad de género?

Masculino Femenino

Otro/Categoría adicional de género

Transgénero mujer a hombre/hombre trans

Transgénero hombre a mujer/mujer trans

No binario, ni exclusivamente masculino ni femenino

Opta por no revelar

¿Cuál es su identidad de género de nacimiento?

Masculino Femenino

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento:

Información sobre la compañía de seguros principal

Nombre de la aseguradora principal:

Número de grupo:

Número de Suscriptor/Póliza/Medicaid:

Nombre del titular de la póliza:

Fecha de nacimiento/Número de seguro social del titular de la póliza:

Relación con el paciente:

Dirección del titular de la póliza:

Sin cobertura de seguro:

Información sobre la compañía de seguros secundaria

Nombre de la aseguradora secundaria:

Número de grupo:

Número de Suscriptor/Póliza/Medicaid:

Nombre del titular de la póliza:

Fecha de nacimiento/Número de seguro social del titular de la póliza:

Relación con el paciente:

Dirección del titular de la póliza:

RECONOCIMIENTOS Y AUTORIZACIONES

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO: Autorizo a los empleados, los agentes y al personal del Centro a realizar el tratamiento y los exámenes médicos, incluidos los procedimientos de diagnóstico o las evaluaciones de salud conductual, que en opinión del médico del paciente puedan ser necesarios y, por la presente, doy mi consentimiento para ello.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL: Entiendo que mi proveedor trabaja con un equipo multidisciplinario y que colabora con trabajadores sociales, coordinadores de atención y administradores de casos, según corresponda, para garantizar que mis necesidades de atención médica se satisfagan de la manera más adecuada. Entiendo que mi equipo de atención integral analizará regularmente mi atención y que todos los miembros del equipo tienen acceso a mi información médica protegida (PHI), incluidos, entre otros, los diagnósticos de trastornos de salud conductual o consumo de sustancias y las notas de progreso.

CONSENTIMIENTO PARA LAS CONSULTAS VIRTUALES: Las consultas virtuales implican el uso de dispositivos electrónicos como una computadora, una tableta, un teléfono inteligente o un teléfono a fin de posibilitar la comunicación bidireccional entre el paciente y su proveedor en diferentes lugares con fines de diagnóstico, tratamiento, terapia, seguimiento o educación. Doy mi consentimiento para que mi proveedor médico, dental o de salud conductual lleve a cabo una cita de atención médica conmigo de manera virtual. Se me facturará por esta consulta de la misma manera que por las visitas al consultorio.

SIN GARANTÍA: Estoy al tanto de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y entiendo que no se ofrecen garantías en cuanto al resultado de los procedimientos, tratamientos o exámenes.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: Autorizo al Centro a divulgar toda la información médica y de facturación del paciente a cualquier médico o entidad sanitaria relacionados con mi atención. Esta autorización incluye el tratamiento, la facturación, la garantía de calidad, los cobros, los litigios y a cualquier entidad que sea directa o indirectamente responsable del pago o de la revisión de los servicios prestados por el Centro.

INFORMACIÓN DE FACTURACIÓN: Facilitaré al Centro información completa y precisa para que los datos de facturación puedan presentarse adecuadamente. El Centro hará todo lo posible por presentar los reclamos a las compañías de seguros y por ofrecer declaraciones con prontitud.

RESPONSABILIDAD FINANCIERA: Soy financieramente responsable de todos los cargos, ya sean pagados o no por el seguro. El Centro no participa en todos los planes de seguro. El pago se debe efectuar en el momento del servicio. Entiendo que soy responsable de cualquier deducible, copago y porcentaje aplicable de los cargos restantes.

CERTIFICACIÓN Y RECONOCIMIENTO: Certifico que toda la información anterior y toda la información suministrada por mí, como parte del proceso de registro, es correcta. También acuso recibo del Aviso de prácticas de privacidad (HIPAA) del Centro.

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento:

HIPAA

Divulgación de información: Haga una lista de las personas con las que podamos conversar sobre sus afecciones médicas (información médica protegida) y sus citas. Esto excluye las afecciones de salud conductual y de abuso de sustancias (información de salud protegida confidencial); se deberá firmar una divulgación de información por separado para analizar esto con otras personas.

Nombre	Número de teléfono	Relación

CONSENTIMIENTO PARA MENORES O ADULTOS CON TUTOR

Haga una lista de los adultos que puedan dar su consentimiento para que su hijo menor o adulto con tutor reciba atención médica, dental o de salud conductual en su ausencia:

Nombre	Número de teléfono	Relación

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO: Doy permiso para que el Centro brinde atención médica, de salud conductual o dental a mi hijo ya sea estando yo presente o no. Esto puede incluir el diagnóstico de rutina y el tratamiento médico que los proveedores que lo atienden u otros miembros del personal médico del Centro consideren necesarios. Los servicios podrían incluir el tratamiento de enfermedades o lesiones, incluidos los medicamentos de venta libre o las recetas necesarias, los exámenes de bienestar infantil, las vacunas apropiadas, las evaluaciones de salud conductual, las limpiezas dentales, las radiografías, los tratamientos con flúor, los selladores y los tratamientos dentales de restauración limitados. Se intentará notificar a los padres o tutores de la cita del menor para saber si desean asistir a la consulta. Si no es posible comunicarse, y se dispone de todos los consentimientos, el Centro continuará con la cita según sea necesario e intentará ponerse en contacto con los padres para ofrecerles información de seguimiento después de la cita, incluido el envío a domicilio de una copia del resumen de atención.

CENTRO DE SALUD ESCOLAR

AUTORIZACIÓN PARA EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE SALUD: Por la presente, autorizo al Programa Escolar de Community Health Center of the New River Valley a intercambiar registros de salud con el distrito escolar apropiado a fin de brindar atención y tratamiento.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA SUPERVISIÓN GENERAL O REMOTA: Entiendo que los registros de los servicios prestados por el higienista dental serán revisados por un dentista con licencia de Virginia que supervise al higienista en general. Entiendo que el tratamiento que recibo del higienista dental tiene un alcance limitado y que no reemplaza un examen dental regular ni un tratamiento por parte de un dentista con licencia. Entiendo que el higienista dental puede derivar a un dentista u otro especialista para un tratamiento adicional cuando una afección dental requiera más tratamiento del que el higienista dental puede brindar.

Al firmar a continuación, declaro que mis respuestas son correctas. Revisé los reconocimientos y las autorizaciones, y acepto cumplir con los requisitos tal y como están redactados. Revisé el Aviso de prácticas de privacidad. Mi firma supone el consentimiento y el reconocimiento de todas las responsabilidades y los derechos del paciente como se describe en este paquete de registro del paciente. Es mi responsabilidad como paciente ponerme en contacto con el consultorio del proveedor anterior para transferir los registros médicos. Puedo solicitar una copia de mis registros médicos en cualquier momento.

Firma del paciente o tutor legal

Fecha

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento:

INSCRIPCIÓN AL PROGRAMA DE TARIFAS DE DESCUENTO

El Centro ofrece un Programa de tarifas de descuento que reduce el costo de los tratamientos médicos, dentales, de salud conductual y por consumo de sustancias. ¿Desea inscribirse en nuestro Programa de tarifas de descuento? Sí No

A continuación, haga una lista de los miembros de su familia:

Miembro de la familia (inclúyase a usted mismo)	Ingresos brutos mensuales

Documente y brinde comprobantes de todos los ingresos percibidos. Dos recibos de sueldo, jubilación, seguro social, cartas de concesión, discapacidad, compensación del trabajador, desempleo, etc.

A mi leal saber y entender, la información facilitada es precisa y verdadera. Autorizo la divulgación de toda la información que el Centro pueda necesitar a fin de determinar si cumpla con los requisitos para recibir asistencia financiera a través de su Programa de tarifas de descuento. Entiendo que la elegibilidad para participar en el programa vence 12 meses después de mi fecha de firma que aparece a continuación y que debo volver a presentar la solicitud después de que venza el periodo de elegibilidad. Entiendo que debo informar al Centro de cualquier cambio en mi hogar (ingresos y tamaño) durante este periodo de 12 meses.

Firma del paciente o tutor legal:

Fecha:

Existen 4 formas de devolver la documentación completa del paciente:

1. **Envíe** su solicitud completa y la documentación adjunta a la siguiente dirección.
Community Health Center of the NRV, 215 Roanoke Street, Christiansburg, VA 24073
2. **Envíe un fax** al (540)382-1019
3. **En línea:** Complete los trámites en nuestro sitio web www.chcnrv.org
4. **Correo electrónico:** Escanee o tome fotografías de la documentación completa y envíela a applications@chcnrv.org